

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MATERNIDADE ESCOLA  
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNA E INFANTIL

JOÃO DOS SANTOS SÁ

OS DESAFIOS NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO  
BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Rio de Janeiro  
2017

JOÃO DOS SANTOS SÁ

Curriculum Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/7027369211125800>

OS DESAFIOS NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO  
BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Trabalho de Conclusão de Curso do  
Programa de Atenção Integral à Saúde  
Materna e Infantil (AISM) da Maternidade  
Escola da Universidade Federal do Rio de  
Janeiro, como requisito parcial para  
obtenção do título de Especialista  
em Saúde Materna e Infantil.

Orientador: Claudia Rosane Guedes

Curriculum Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/0590140396507801>

Rio de Janeiro

2017

Sa11 Sá, João dos Santos

Os desafios na atuação do enfermeiro no pré-natal na atenção básica de saúde: um relatório de experiência / João dos Santos Sá. – Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2017.

48f.

Orientador: Claudia Rosane Guedes

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Programa de Atenção Integral à Saúde Materna e Infantil, 2017.

Referências bibliográficas: f.41-47

1. Assistência de Enfermagem. 2. Assistência Pré-natal. 3. Unidade Básica de Saúde. 4. Jornada de Trabalho. 5. Saúde materna e infantil – TCC. I. Guedes, Claudia Rosane. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, AISM. IV. Título.



UNIVERSIDADE  
DO BRASIL  
UFRJ

MATERNIDADE-ESCOLA

OS DESAFIOS NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL NA  
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

João dos Santos Sá

Monografia de finalização do curso de  
especialização em nível de Pós-Graduação:  
Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da  
Maternidade-Escola da Universidade Federal do  
Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos  
necessários à obtenção do título: **Especialista  
em Atenção Integral à Saúde Materno-  
Infantil.**

Aprovada por:

  
Claudia Rosane Guedes

  
Kátia de Moraes Jorge

Nota: 9,0  
Conceito: A

Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2017.

## DEDICATÓRIA

Dedico este a primeiramente à Deus e aos meus familiares e amigos e a professora Ms Claudia Rosane Guedes, pela dedicação, companheirismo em incentivar a concluir esta etapa da vida acadêmica.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha orientadora e amiga professora mestre Claudia Rosane Guedes pela sua paciência, disponibilidade me mantendo firme no processo da elaboração deste trabalho.

Agradeço à professora mestre Kátia de Moraes Jorge por sua interlocução na minha defesa.

Aos professores e colegas do Curso de Atenção Integral à Saúde da Mulher Materno Infantil (AISMI), pela troca de experiências por ser um curso multidisciplinar, os choros, as lamentações e os sorrisos que nos ajudaram em nosso amadurecimento e a construção não apenas do trabalho, mas, em nos tornarmos pessoas melhores. E em especial professora Doutora Marisa Maia.

E agradeço a minha filha Júlia Sá pela ajuda na finalização do trabalho. Obrigado! Filha.

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.  
Caminhando e semeando, no fim terás o que colher. ”  
(Cora Coralina)*

## RESUMO

SÁ, J. dos S. **Os desafios na atuação do enfermeiro no pré-natal na atenção básica de saúde:** um relato de experiência, 2017. 48f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)-Programa de Atenção Integral à Saúde Materna e Infantil, Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Estabelecemos como **objetivos:** a) descrever a atuação do enfermeiro no pré-natal na atenção básica de saúde a partir de um relato de experiência e b) analisar os desafios encontrados na atuação do enfermeiro no pré-natal na atenção básica de saúde à luz das políticas públicas para saúde da mulher. O acompanhamento pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo um parto saudável, sem impacto para a saúde materna. O enfermeiro (a) atualmente tem sido peça chave na melhoria da assistência a mulher no ciclo gravídico. **Metodologia:** Estudo de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória do tipo de Relato de Experiência. O cenário foi um Centro Municipal de Saúde (CMS) localizado no Bairro de Campo Grande região da Zona Oeste no Município do Rio de Janeiro. Atende os programas, à saber: de saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso. O período de coleta ocorreu em no ano de 2016 a partir da descrição das etapas percorridas pelo autor no cotidiano do enfermeiro (a) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Os dados foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo (AC). E organizados em eixos temáticos. **Resultados:** Após o tratamento dos dados emergiram os eixos temáticos que apresentaram níveis de relevância, à saber: a) O Pré-natal: inserção do enfermeiro num espaço de troca de saberes; b) O corre-corre do enfermeiro numa Unidade Básica de Saúde e c) A importância do pré-natal para a usuária do serviço de saúde. **Discussão:** O serviço de pré-natal nas unidades de saúde tem se modificado ao longo do tempo em decorrência das respostas governamentais a população feminina. Desde de a implantação da Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento à Rede Cegonha, modificações profundas que melhoraram a assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal. A consulta do enfermeiro a gestante possui um agendamento prévio na unidade de saúde, que deveria possibilitar um intervalo de tempo suficiente para o adequado acolhimento, realização do exame físico e fortalecimento do vínculo entre profissional e usuária. Entretanto, o aumento da demanda tem reduzido o tempo necessário para uma assistência humanizada e que atenda às necessidades da gestante e família, bem como ao profissional que precisa de tempo para desempenhar as suas atribuições. **Considerações**



**finais:** A busca pela melhoria na assistência pré-natal visa minimizar os danos a mulher e seu conceito trouxe o enfermeiro (a) como coadjuvante neste cenário. As UBS têm sido um local estratégico onde o acolhimento e vínculo entre a usuária e o profissional. Entretanto, percebe-se que a terceirização tem cristalizado atitudes não humanizadas e que perpassam pelos profissionais que atuam neste cenário. Este estudo não se finda acredita-se de seja necessário de outros estudos que tragam à baila a atuação do enfermeiro nas unidades básicas de saúde, e até que ponto não seria uma manobra em utilizar uma mão de obra mais barata.

**Palavras-chave:** Assistência de enfermagem. Assistência pré-natal. Unidade básica de saúde. Jornada de trabalho.

## **ABSTRACT**

We established as goals: a) describe the role of the prenatal nurse on basic health attention from a experience report and b) analyze the challenges found on the performance of the prenatal nurse on basic health attention in the publics politics for women health. The prenatal accompaniment has as an objective ensure the gestation development, since it allows a health childbirth, with no impact for maternal health. Nowadays the nurse has been the major key on the assistance improvement to the woman on the pregnancy cycle. Metodology: study of qualitative approach, descriptive, exploratory, of the experience report type. The scenario was a Municipal Health Centre (CMS) located in the neighborhood of Campo Grande, West Zone of Rio de Janeiro. It englobed the programs of: child health, women health, adult health and elderly health. The collect period happened in 2016 from the description of the following steps by the author on the nurse daily from a Basic Health Unit (UBS). The data was analyzed on the Content Analysis (AC) technique. And organized in thematic axes. Results: after the data treatment emerged the thematics axes that presented relevant levels, as: a) The prenatal: insertion of the nurse in a place of knowledge change, b) The rush of the nurse in a Basic Health Unit and c) The prenatal value for the health service user. Discussion: The prenatal service on the health units has been modified throughout time as a result from the governmental replies to the female population. Since the implantation of the Prenatal Humanization Program, childbirth and nativity to the “Rede Cegonha”, deep modifications that improved the assistance of woman health on the pregnancy cycle. The nurse consult to the pregnant has a pre-scheduling on the health unit which should allow sufficient time for adequate reception, performing the physical examination and strengthening the professional-user bond. However, the increase in demand has reduced the necessary time for a humanized assistance that attend the family and pregnant necessities, as well to the professional that needs time to execute his duties. Finals considerations: The search for the improvement of the prenatal assistance aims minimize the damages to the woman and its conception has brought the nurse as a support in this scenario. The UBS has been a strategic place where the reception and bond between the patient and the professional happens. Nevertheless, it is noticed that the outsourcing has cristalized nonhumanized attitudes that pass through the professionals that act in this scenario. This study doesn't end, it is believed that it's necessary

others studies that brings to he surface the act of the nurse in the basic health units, and to what extend it wouldn't be a handling in using cheaper workmanship.

**Keywords:** Nursery assistance. Prenatal assistance. Basic health unit. Work journey.

## **LISTAS DE ABREVIATURAS**

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANPPS – Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde

ASC – Agentes de Saúde Comunitários

MS – Ministério da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ONU – Organização das Nações Unidas

OSS – Organização Social Saúde

RMM – Razão de Mortalidade Materna

SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento da Gestante

SUS – Sistema Único de Saúde

SRMNH – Saúde Sexual, Reprodutiva, Materna e Neonatal

TIG – Teste Imunológico para Gravidez

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas

VD – Visitas Domiciliares

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 A trajetória da mulher na sociedade .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 A saúde da mulher: as respostas governamentais ao longo da história .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3 O cenário de pré-natal: um espaço pautado no cuidado e na humanização .....</b>	<b>20</b>
<b>2.4 O enfermeiro: profissional estratégico na melhora da qualidade da atenção à mulher durante o ciclo gravídico puerperal .....</b>	<b>23</b>
<b>3 MÉTODO .....</b>	<b>26</b>
<b>3.1 Tipo de pesquisa .....</b>	<b>27</b>
<b>3.2 Fonte de dados .....</b>	<b>27</b>
<b>3.3 Caminhando para análise e interpretação dos dados .....</b>	<b>28</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO .....</b>	<b>32</b>
<b>5.1. Pré-natal: inserção do enfermeiro num espaço de troca de saberes .....</b>	<b>32</b>
<b>5.2 O corre-corre do enfermeiro numa Unidade Básica de Saúde (UBS) .....</b>	<b>35</b>
<b>5.3 A importância do pré-natal para a usuária do serviço .....</b>	<b>37</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO I .....</b>	<b>48</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A escolha da temática emerge a partir de um atuar cotidianamente de um enfermeiro numa Unidade Básica de Saúde (UBS) no município do Rio de Janeiro, junto à população feminina, através do serviço de pré-natal. E, percebo a necessidade de debruçar-me nas questões que envolvem a saúde da mulher, no ciclo gravídico puerperal e os fatores positivos e negativos que podem comprometer à sua saúde, independente, da faixa etária, idade fértil, que a mesma se encontre e de seu conceito. Melhorar a saúde materna e fetal no país tem sido objeto de ações sistemáticas, afim de, minimizar a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Brasil que ainda se mantém em dois dígitos, uma meta que requer esforços governamentais em todas as esferas e isto inclui os profissionais que compõe a equipe multidisciplinar que atenção a esse grupo populacional. Percebe-se uma redução significativa da mortalidade materna e infantil no país nas últimas décadas., mas, está aquém do esperado. Levando em conta as subnotificações dos óbitos maternos no país os números apresentados são distantes da realidade cruel que envolve as mortes de mulheres no ciclo gravídico puerperal. Ainda há um número expressivo de mortes que compõe as diversas realidades em detrimento dos diferentes “Brasil” no país, é a morte de uma mulher por causas evitáveis, ou seja, eventos que poderiam ser evitados, principalmente quando as ações nos serviços de saúde ocorrem de maneira inadequada e iatrogênica, especialmente, na atenção ao pré-natal, ao parto e no puerpério.

E pensar, num espaço onde as ações sistemáticas de saúde possam ser ofertadas e compartilhadas com a população feminina, este espaço, é a Unidade Básica de Saúde (UBS). Para o Ministério da Saúde (MS), a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo as ações de saúde que possam garantir uma gestação, parto e nascimento livre de intercorrências possíveis para o binômio mãe/bebê. Tendo em vista, ser este o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (BRASIL, 2012). O acompanhamento pré-natal tem como objetivo principal é de assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012).

É mister, que o início do pré-natal seja o mais precoce possível, para que as ações sejam desenvolvidas com os grupos de gestantes e seus familiares a fim de serem identificados os riscos gestacionais e a seguir ocorra a implementação das condutas necessárias para cada situação. Para tanto, faz-se necessário haver uma gama recursos materiais, de insumos e de recursos humanos de maneira que a escassez de qualquer destes recursos possa trazer prejuízos com a não adesão da gestante no pré-natal. Percebe-se que apesar de alguns municípios alcançarem uma cobertura significativa da população, quando os dados são tratados identifica-se a baixa adesão das gestantes pelo pré-natal. Para uma assistência de qualidade o quantitativo de recursos humanos deveria atender a demanda da unidade de saúde para que o acompanhamento ocorra com qualidade para o MS e para a gestante e sua família (BRASIL, 2012).

No espaço de pré-natal alguns profissionais compõe a assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. Dentre eles o profissional de enfermagem, ou seja, o enfermeiro (a). Os profissionais de enfermagem na figura do enfermeiro (a) tem promovido um cuidado diferenciado junto a população feminina durante o período gestacional. O enfermeiro (a) traz nas suas práxis um saber/fazer centrado na Teoria Humanística, ou seja, centrado na pessoa do outro. Um olhar e um cuidado diferenciado entendendo que todo ser humano é igual, mas, com especificidades que os tornam singulares em suas necessidades. Neste cenário, percebe-se a atuação dos enfermeiro (a)s que segundo Nauderer e Lima (2008), as ações gerenciais são predominantes dentre as práticas do enfermeiro em UBS; e para os autores, já na dimensão assistencial, a consulta de enfermagem, como prática clínica, tem sido reconhecida como importante pelo próprio enfermeiro. Entretanto, a população ainda não consegue perceber na sua totalidade o papel do enfermeiro (a) quando comparada ao profissional médico, permanecendo, na lógica da atenção clínica individual, curativa, sem ampliar a compreensão do processo saúde/doença como produção social (ERMEL; FRACOLLI, 2006; MACIEL; ARAUJO, 2003; SANTOS et al., 2008)

Atualmente, é comum encontrar o profissional enfermeiro (a) como gestor das UBS. Entretanto, entende-se que o “galgar” deste espaço como um ganho secundário, entendendo que historicamente, nos espaços de gestão e direção das unidades de saúde eram conferidas aos profissionais médicos. Levando em conta o processo de terceirização da atenção primária a figura médica realiza as consultas no cotidiano e se distancia dos processos administrativos e de gestão. Se por um lado a terceirização confere um rigor a carga horária dos profissionais de saúde, onde a maior parte dos profissionais possuem uma jornada de 44 horas semanais. A priori o profissional médico possui a carga horaria de 20 ou 40 horas semanais que são

optativas, onde as remunerações condizem com a jornada escolhida. Sendo que para o enfermeiro (a) a jornada e remuneração estão estabelecidas pela mesma instituição, à saber: uma Organização Social Saúde<sup>1</sup> (OSS). Ao falar sobre a remuneração para o profissional enfermeiro (a) no primeiro momento parece ser adequada, mas, quando se depara com as competências a serem desenvolvidas na unidade de saúde percebe-se um processo de “servidão”. O enfermeiro (a) em muitos momentos precisa se desdobrar “assume várias tarefas” para dar conta das metas pactuadas entre os municípios e estados para alcançar uma cobertura de 100% de mulheres no serviço de pré-natal. Neste desdobrar de atribuições, o profissional de enfermagem busca estabelecer entre a gestante e seus familiares – o vínculo. Percebe-se que este vínculo é a amalgama necessária para que a gestante perceba e compreenda a importância do pré-natal.

Para Gomes (2010), o vínculo estabelecido com o profissional e consequentemente com a UBS, consisti em um fio condutor num processo de acompanhamento que tem seu início no período gestacional, e que permite identificar os fatores de risco e as potencialidades para construção do nascimento com saúde plena da mulher e de seu filho. Percebe-se que a melhora da assistência a mulher no serviço de pré-natal deve acontecer em conjunto com a equipe multidisciplinar. Entretanto, dentre os muitos fazeres do profissional enfermeiro está o atendimento à população feminina no pré-natal, que por fim torna-se mecanizado e prescritivo, onde o tempo não atende em muitos momentos a demanda do grupo se o trabalho estiver pautado numa escuta sensível desta mulher e de seus familiares.

Tais panoramas justificam a realização deste estudo, por entender que a atuação do enfermeiro neste cenário tem contribuído de maneira positiva a partir da sua inserção neste cenário. De fato, que o número de consultas realizadas durante o pré-natal está relacionado à melhores indicadores de saúde materno-infantil. Existem evidências consistentes de que a assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade materna e perinatal, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido (DOMINGUES et al., 2012). Desde 2000, a normatização do Ministério da Saúde (MS) tem definido como pré-natal adequado à realização de seis ou mais consultas, preconizando que quanto maior o número de consultas pré-natais maior a garantia de uma gestação e parto seguros. Atualmente, Observatório em Iniquidades em Saúde da Fiocruz apontou, como um dos indicadores de atenção preventiva, a

---

<sup>1</sup> É uma entidade sem fins lucrativos – ou seja, é uma sociedade civil sem fins lucrativos ou uma fundação – que atende às exigências da Lei Estadual nº 2.675/2011, sendo regulamentada e qualificada como Organização Social de Saúde (OSS).



proporção de nascidos vivos de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

Há de se pensar, de que maneira o enfermeiro, tem desempenhado o seu papel no cenário de pré-natal junto as gestantes, e o mesmo profissional que possui uma gama de afazeres burocráticas a serem executadas ao mesmo tempo. Na atual conjuntura, esse profissional, precisa dar conta da assistência e das tarefas burocráticas, e atender a população da área territorial, bem como a demanda espontânea. O cuidado pré-natal deve possibilitar segurança e tranquilidade à gestante, e ser estendido à família que também necessita de suporte emocional e educacional para se estruturar frente às mudanças geradas com a gestação (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010; COSTA et al., 2009). Diante, desta multiplicidade de papéis alguns questionamentos emergem. Quais os desafios que o enfermeiro tem encontrado nos serviços de pré-natal nas UBS? Quais as estratégias que o enfermeiro tem utilizado para dar conta destas atividades? Estabelecemos como **objeto de estudo** – Os desafios na atuação do enfermeiro no pré-natal na atenção básica de saúde e Como **objetivo geral**: O atuar do enfermeiro no pré-natal na atenção básica de saúde. Para dar conta deste estudo traçamos como **objetivos específicos**: a) descrever a atuação do enfermeiro no pré-natal na atenção básica de saúde a partir de um relato de experiência e b) analisar os desafios encontrados na atuação do enfermeiro no pré-natal na atenção básica de saúde à luz das políticas públicas para saúde da mulher.

A relevância da temática está inserida na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), que tem suscitado os estudos acerca da qualidade do pré-natal, e conseqüentemente, a sua efetividade na assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2011b).

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 A trajetória da mulher na sociedade**

Entendendo que quando a temática diz respeito à saúde da mulher não existe outro caminho para iniciarmos uma discussão sem olhar para o passado para entendermos o presente e pensarmos no futuro. Ao olharmos para a história vislumbramos a trajetória da mulher na sociedade brasileira e as suas conquistas a partir da insatisfação pelas propostas de saúde que o governo oferecia. Uma oferta de saúde que estava ligada ao espaço doméstico, ou seja, ao modelo de sociedade patriarcal, espaços onde as diferenças entre os gêneros sempre foram naturalizadas e muito bem marcadas. De forma naturalizada, ao longo dos tempos, as assimetrias de gênero foram impostas e propagadas enquanto modelo de arquitetura familiar e social, eis que as relações sociopolíticas, econômicas, jurídicas e culturais, em sua maioria, estiveram compreendidas e representadas a partir de referenciais eminentemente masculina (COSTA; MAZZARDO, 2014).

As questões de gênero atravessam todas as esferas da sociedade, estabelecendo os papéis sociais para homens e mulheres numa dada sociedade. No Brasil foi construída a partir da ideia de uma sociedade patriarcal onde a tutela da mulher estava sob a égide da figura masculina. Tendo como ponto de partida o processo de colonização pode ser caracterizado por unidades familiares orientadas pelo latifúndio, escravagismo e patriarcado. Assim, a posição da mulher na família e na sociedade, em geral, demonstra que a família patriarcal foi um elemento determinante em nossa organização social. Até as primeiras décadas do século XX, as mulheres brasileiras não tinham garantido os direitos civis dos quais gozavam os homens (BARBOSA et al., 2011). Para os autores, alguns fatores contribuíram para a instauração do patriarcado como ordem social centrada na descendência patrilinear e no controle dos homens sobre as mulheres. Dentre eles estão o reconhecimento do papel do homem na reprodução, o estabelecimento da propriedade privada, a instituição das relações predominantemente monogâmicas, o controle do corpo e da sexualidade das mulheres pela divisão sexual e social do trabalho.

Contudo, a população feminina tem conseguido deixar para trás a ideia de uma sociedade patriarcal, onde a figura feminina estava subjugada ao masculino e ao espaço privado, ou seja, ao espaço doméstico sendo apenas do lar, oferecendo o suporte para a

família e desempenhando a função de reprodutora. De fato, essa realidade não tem sido vivenciada de maneira efetiva por toda a população feminina do país. Há de se levar em conta a interferência da cultura nos diversos espaços da sociedade brasileira, onde o cerceamento do direito humano as mulheres têm sido negadas, e em alguns espaços as mesmas não percebem o cerceamento do seu próprio direito. O papel social da mulher tem se transformando através da história, e suas conquistas são oriundas do movimento feminista na busca por igualdade entre homens e mulheres, o chamado empoderamento feminino. O empoderamento da população feminina trouxe algumas respostas governamentais aos questionamentos e indagações que existiram na história a respeito da saúde da mulher e da sua condição na sociedade. A população feminina ganhou voz e representatividade política na luta pelos direitos das mulheres, onde questionavam o olhar governamental, que outrora, se dava simplesmente pela condição de reprodução, ou seja, as obrigações ligadas a esfera privada.

As últimas três décadas foram marcantes para a história das mulheres brasileiras que alcançaram progressos que modificaram o seu cotidiano nas esferas pública e privada. No entanto, esses progressos não se deram de forma homogênea e democrática, considerando as diferenças existentes entre as mulheres, sobretudo em função de raça/etnia e classe social (PITANGUY; BARSTED, 2011). A mulher na sociedade atual conquistou espaços, responsabilidades no mercado de trabalho, tem alcançado posições sociais, desempenham duplas ou triplas jornadas, conseguiram se perceber como um sujeito de direitos. Entretanto, quando falamos acerca da saúde reprodutiva da população feminina nos deparamos com fatos importantes. Encontramos nas décadas de 60 e 70 que o tema da sexualidade ganha força em todo o mundo. E esse pensamento repercutiu no Brasil com a entrada e funcionamento de inúmeras instituições e recursos destinados ao controle da natalidade que não tinham o seu foco na saúde. E a massiva distribuição de contraceptivos e realização de laqueaduras era realizada para garantir o controle da natalidade como política de controle demográfico. A saúde da mulher não era o foco das ações governamentais (BRITTO, 2014).

Apesar das transformações e conquistas oriundas dos embates no campo social da população feminina o governo, ainda hoje, esse grupo populacional convive com enormes situações de desigualdades em saúde relacionadas ao nível de renda, à escolaridade, ao local de moradia, à etnia e ao gênero. As desigualdades de sexo, ou seja, aquelas que se expressam quando se compara situações de saúde entre homens e mulheres, ainda são enormes em nosso País. Na maioria dos casos, são desfavoráveis às mulheres e precisam ser consideradas para orientar os planos e as ações de saúde (BRASIL, 2010).

A discriminação e as perversas condições de sobrecarga das mulheres, em decorrência do acúmulo das funções sociais na casa, no trabalho e na comunidade, configuram as bases dessa desigualdade entre homens e mulheres, e disso decorrem vulnerabilidades e riscos diferenciados para a saúde destas (BRASIL, 2010).

## **2.2 A saúde da mulher: as respostas governamentais ao longo da história**

No campo da saúde a população feminina tem obtido diversas conquistas quando comparada a população masculina. Uma gama de reivindicações que foram respondidas pelo governo. As reivindicações deste grupo populacional já não podiam ser ignoradas. Um fato importante e que pesavam eram as altas taxas de mortalidade materna por causas evitáveis que ocorriam no ciclo gravídico puerperal, ou seja, faltavam qualidade e organização nas ações de saúde. O Brasil tem registrado uma redução na mortalidade materna desde 1990. Neste período o país apresentava uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) que perfaziam 140 mulheres/ 100.000 Nascidos Vivos (NV). Em 2007 declinou para 75 mortes por 100 mil NV, o que representou uma diminuição de aproximadamente a metade dos óbitos maternos. A melhoria na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos), que permite maior registro dos óbitos maternos, possivelmente contribuiu para a estabilidade da RMM observada nos últimos anos das séries mensuradas no país. Melhorar a atenção ao pré-natal tem sido a meta do Ministério da Saúde (MS) entendendo a maneira que o país cuida da sua população finda por refletir nos números apresentados a partir destes dados (BRASIL, 2012). No final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, com a crise do sistema econômico mundial, surgiram as políticas de controle da natalidade, que propunham a redução do número de filhos das mulheres dos países subdesenvolvidos. Essa política tinha como linha mestra a redução da pobreza através do controle do corpo das mulheres (BRASIL, 1984).

Os questionamentos da população feminina se integraram às discussões mais amplas, originando, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (TAVARES et al., 2009). Diversas ações foram implementações na busca de uma assistência a mulher pautada

na integralidade, olhar a mulher em todas as fases de vida. Entendendo que cada faixa etária possui uma necessidade. São iguais por serem mulheres, mas, apresentam especificidades. Dentre as especificidades, a assistência à mulher em pré-natal, parto e puerpério, sempre apresentaram fragilidades, que comprometeriam o país frente aos países signatários na melhoria da saúde da população feminina, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1985).

Em 2004 a área técnica da Saúde da Mulher na busca de sanar algumas lacunas encontradas no PAISM entre elas: a insegurança na atenção obstétrica, ou seja, a ocorrência dos óbitos de mulheres durante o ciclo gravídico puerperal de gestantes; o aborto sendo realizado em condições de risco para a gestante e o conceito; o planejamento familiar na assistência em anticoncepção não consegue atender a população na sua totalidade; os casos de DST/HIV/AIDS que parece estar ligado diretamente as questões da vida privada, onde as políticas públicas não alcançam, e outro fato seria o adoecimento da população feminina na terceira idade. Num estudo sistemático há evidências do acréscimo global das DST nos idosos em diversos países (DORNELAS NETO et al., 2015). E a violência sexual e doméstica contra a mulher que permanece em patamares. Ainda na perspectiva em promover uma assistência a população feminina reconhecendo as especificidades, o MS edita em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Na busca de respeitar as características da política de saúde a partir dos princípios que norteiam o SUS, este documento traz uma abordagem importante e significativa no que diz respeito a população que apresenta um grau de vulnerabilidade e as questões que envolvem o gênero. A equipe identificou a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente. (BRASIL, 2004, 2011a).

Para o Ministério da Saúde, o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal deve estar pautado no acolhimento da mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2002, 2006). A atenção a mulher durante o ciclo gravídico puerperal permanece no bojo das novas perspectivas de saúde, onde a necessidade de melhora no atendimento à mulher durante a gestação tem sido diuturna. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), buscou-se uma organização na atenção à saúde, bem como dividir o serviço, por níveis de atenção. O SUS disponibiliza assistência à saúde dos brasileiros em três níveis de atenção, a saber: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade (BRASIL, 1990, 2000). A população feminina ao se descobrirem grávidas tendem a buscar o serviço de

pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), geralmente, em unidades que estejam mais próximas das suas residências. A ideia de que as UBS estejam próximas a moradia de cada gestante, essa proposta vai de encontro ao MS, pensando na possibilidade de garantir a adesão da gestante, e que a ausência de recursos financeiros não seja um impeditivo para participar das consultas. Entende-se que a gestante deve ser o objeto da assistência no serviço de pré-natal, e que este serviço deve consistir um conjunto de ações que integrem a mulher e a família. Acredita-se que esse conjunto de ações devem ser permeados de atos e condutas acolhedoras e que a humanização esteja presente em todos os momentos (BRASIL, 2012).

### **2.3 O cenário de pré-natal: um espaço pautado no cuidado e na humanização**

Na busca de melhorar a oferta da assistência no serviço de pré-natal o Ministério da Saúde implantou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas pré-natais e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2012, 2002). A atenção obstétrica deve ser um elemento-chave no cuidado à Saúde Sexual, Reprodutiva, Materna e Neonatal (SRMNH), sendo definida como: um conjunto de serviços de saúde e a força de trabalho em saúde necessária para apoiar e cuidar das mulheres e dos recém-nascidos, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, em especial a gestação, o parto e o cuidado pós-natal (UNFPA, 2014). Dentre as metas do milênio que foram estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) está a melhoria na saúde materna. Pensando neste cuidado humanizado no pré-natal, ele deve ser direcionado à mulher na sua integralidade, multidimensionalidade, unicidade, no âmbito individual e coletivo, em todas as faixas etárias e contextos, buscando prevenir, diagnosticar, recuperar e promover a saúde nos diversos níveis de complexidade (ZAMPIERI, ERDMANN, 2010).

Já em 2003 foi implantada a Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e da gestão no SUS, a partir de uma preocupação metodológica: como fazer, que percursos trilhar, que trajetórias percorrer, de que modo caminhar para interferir em problemas e desafios postos pelo cotidiano do trabalho em saúde de forma a garantir a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS preconizados em sua base jurídico-legal (BRASIL, 2014). Entende-se ser necessário no país que a população de gestantes, as parturientes, os recém-nascidos e as

puérperas possam perceber que o atendimento a que têm direito visa à redução dos agravos decorrentes das complicações da gravidez, do parto e do puerpério. De uma maneira geral, grande parte da população não consegue vislumbrar o “direito à saúde” na sua totalidade. O direito à saúde parece ser uma “benesse”, uma dádiva, e há uma dificuldade entre a apropriação deste “direito” e fazer valer a sua efetividade. Percebe-se ainda que em muitos casos “o direito” precisa ser conquistado cotidianamente. Nos serviços de saúde, de fato, para a população desprovida de entendimento e compreensão no processo de comunicação certamente irá encontrar uma gama de dificuldade que impedirão que os mesmos consigam resolutividade para os problemas que os conduziram ao serviço de saúde. Para o MS a gestante com pouca escolaridade geralmente é classificada de risco. Em decorrência da dificuldade de compreensão e apropriação de todo o processo que envolve uma gestação.

Entende-se que, o acesso ao serviço de pré-natal para a população desfavorecida tem sido antagônico nas regiões mais carentes do país, comprometendo a efetividade da assistência ao pré-natal e os seus desdobramentos positivos no parto e puerpério. Numa pesquisa de âmbito nacional evidenciou uma adequada cobertura da atenção pré-natal no Brasil, chegando a indicadores universais e quase equânimes entre as regiões (VIELLAS et al., 2014). Os documentos editados pelo Ministério da Saúde (MS) têm priorizado uma interligação nas redes que compõe os serviços básicos de saúde que vão desde de a consulta de pré-natal à consulta de puerpério. Haja vista, que o peregrinar em busca de atendimento pela população gestante em algumas regiões do país ainda persiste e em alguns casos o óbito é o desfecho para as gestantes e seus conceitos. O caminho que deve ser percorrido pela gestante e seus familiares deve ter um fluxo de fácil compreensão e acesso. Acredita-se ser necessário que todos os pontos da rede de atenção estejam atuando de forma integrada e harmônica, visando garantir o atendimento integral à mulher e ao recém-nascido, evitando sua peregrinação e, quando necessário, sua transferência em transporte seguro e com garantia de vaga e acolhimento na unidade de referência (BRASIL, 2014). Evitando que a gestante desista do serviço de pré-natal e que para algumas mulheres ao se perceberem grávidas buscam o serviço de saúde. A permanência desta população dependerá do empenho e da maneira como o serviço recebe e acolhe esse grupo populacional. Nas unidades de saúde que prestam cuidado a mulher deve ser acolhida e o seu atendimento deve ser priorizado de acordo com o grau de vulnerabilidade que apresenta no momento atual da sua chegada à UBS.

A captação precoce da gestante tem sido a assertiva para os profissionais que atuam na rede básica como os Agentes de Saúde Comunitários (ASC) peça chave no estabelecer da ponte entre a comunidade e o serviço de saúde. A importância de atender a gestante o mais

precoce tem demonstrado que os riscos e agravos podem ser minimizados e erradicados. Na década de 90 o primeiro documento editado pelo Ministério da Saúde (MS) buscava normatizar de atenção ao pré-natal tendo por meta a oferta de referências para a organização da rede assistencial, capacitação profissional e normatização das práticas de saúde. Neste documento – **Assistência Pré-natal: manual técnico** (2000) em seu bojo trazia a importância da captação precoce a partir da 14ª de gestação. O entendimento de que essa seria uma via onde os agravos poderiam ser identificados que em foi implantado em 2013 no último **Caderno de Atenção ao pré-natal de baixo risco**, preconiza que a busca ocorra a partir da 12ª de gestação (BRASIL, 2000, 2012). A busca precoce de gestantes pode ser realizada por meio de Visitas Domiciliares (VD) a serem realizadas, geralmente, pelos ACS, e consistem na busca ativa por mulheres em idade fértil e que apresentam amenorreia há mais de quinze dias e na orientação quanto a importância do pré-natal. Outra possibilidade de captação precoce da gestante na comunidade seria a oferta do Teste Imunológico para Gravidez (TIG), que pode ser realizado pelo profissional de saúde na UBS (BRASIL, 2012). Na perspectiva de promover o acesso pode-se realizar um atendimento diferenciado para as gestantes mantendo agenda de pré-natal aberta sem necessidade de marcar consulta e que o profissional de saúde esteja disponível para uma escuta sensível da gestante, sanar as dúvidas e oferecer os esclarecimentos sempre que necessários, mesmo que haja a necessidade de empregar um tempo a mais na consulta.

Após a gestante estar matriculada e cadastrada no Sistema de Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL)<sup>2</sup>, a gestante passará pela primeira consulta de pré-natal que pode ser realizada pelo profissional médico ou enfermeiro. O programa apresenta um elenco mínimo de procedimentos para uma adequada assistência pré-natal, a fim de, ampliar esforços no intuito de reduzir as elevadas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal. O documento apresenta uma gama de benefícios, além de oferecer informações fundamentais para auxiliar no planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde desenvolvidas, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. A melhoria do acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal e permitindo o repasse do incentivo financeiro aos municípios que aderem ao programa. A funcionalidade deste programa está no monitoramento e avaliação das ações programáticas; o cadastramento de diversos dados sobre os procedimentos envolvidos na assistência pré-natal, desde a primeira

---

<sup>2</sup> O SisPreNatal é um software desenvolvido para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (SUS).



consulta, exames laboratoriais, esquema de vacinação, acompanhamentos e a consulta de puerpério. O programa permite identificar e acompanhar as gestantes que apresentam um alto risco relacionados com as doenças mais comuns neste período e que podem gerar um risco de morte. Outro ponto importante do PNHPN está na geração de dados a partir dos relatórios de indicadores, disponibilizando um registro diário dos atendimentos ao grupo de gestantes. As faturas são geradas para o SIA-SUS, para posteriormente a realização do pagamento extra teto; disponibilizando uma numeração para acompanhamento da gestação e de incentivo de parto no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIH-SUS). Todas essas informações devem ser valorizadas pelo profissional que estiver realizando o acompanhamento da gestante na unidade de saúde. Atualmente, em grande parte das UBS os enfermeiros são responsáveis pela agenda de pré-natal.

#### **2.4 O enfermeiro: profissional estratégico na melhora da qualidade da atenção à mulher durante o ciclo gravídico puerperal**

Os enfermeiros têm sido responsáveis em assistir a gestante e sua família nas agendas de pré-natal. O assistir a gestante e sua família a Organização Mundial Saúde (OMS) através do Relatório uma Diretriz para o Parto Normal elenca os profissionais que possuem habilidades técnicas para atuar junto a este grupo populacional. Dentre estes profissionais, os enfermeiros têm constituído coadjuvantes importantes no processo assistencial durante o ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2016). O número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado à melhores indicadores de saúde materno-infantil. Existem evidências consistentes de que a assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade materna e perinatal, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do bebê (DOMINGUES et al., 2012). Essas ações têm objetivam: monitorar, prevenir e identificar intercorrências maternas e fetais e, ainda, realizar atividades educativas acerca da gravidez, parto e puerpério. No entanto, compete ao enfermeiro o acompanhamento das gestantes com ausência de complicações, cadastradas no pré-natal de baixo risco, ou seja, com risco habitual (LIMA et al., 2012). A atenção pré-natal destaca-se como fator essencial na proteção e na

prevenção a eventos adversos sobre a saúde obstétrica, possibilitando a identificação e o manuseio clínico de intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para complicações à saúde das mães e de seus recém-nascidos (BRASIL, 2006; BASSO; NEVES, 2012). Pondera-se, que além da disponibilidade organizacional e da distribuição geográfica dos serviços de saúde, características individuais como local de moradia, escolaridade, renda e nível socioeconômico como fatores importantes para o acesso das gestantes à assistência pré-natal (DOMINGUES et al., 2014).

Percebe-se que uma das grandes lacunas da assistência à saúde pré-natal no Brasil seria a ausência de uma filosofia de trabalho em equipe que proporcione resultados na melhoria dos indicadores de saúde, particularmente na assistência perinatal. Muitos resultados adversos relacionados à mortalidade e à morbidade materna e perinatal têm sua origem em um trabalho em equipe fraco e desarticulado. Pensando, nas formas que foram construídas historicamente pela medicina para a assistência à saúde da mulher durante a gestação, já que o nascimento era algo perigoso para a mulher. Numa perspectiva de patologização do processo de gestação e nascimento o que sempre foi fisiológico se torna patológico para justificar a necessidade da figura médica num processo de cunho feminino e privado (BRASIL, 2014; GIFFIN, 1991 apud BEAUVOIR, 1953).

Os óbitos de crianças e mulheres, conexas às complicações do ciclo gravídico puerperal, demonstra que a equipe de multidisciplinar não atua de forma conjunta e coesa e que a forte hierarquia presente entre os seus membros, destacando-se a hegemonia médica, dificulta, e muitas vezes dificulta, que outras categorias profissionais possam atuar de forma a contribuir para melhorar os resultados no cenário de parturição. O fazer centrado na presença preponderante de profissionais médicos, principalmente obstetras e pediatras, não tem resultado em avanços significativos na melhoria dos indicadores de mortalidade e morbidade materna e perinatal no País. Todos esses indicadores desfavoráveis de mortalidade e morbidade materna e perinatal que o Brasil apresenta traduz que a visão biológica e medicalizada do processo de gestação e parto não coaduna com a real necessidade da mulher durante esse processo de parturição. É sabido que por décadas a hegemonia médica sempre estabeleceu a maneira ou as maneiras de nascer no país. Propondo o ambiente hospitalar como um local seguro e a figura médica se apresenta como protagonista do evento partindo do pressuposto de que o nascimento seria “perigoso” para a mulher. A medicalização se instaura no país e o “nascer” deixa de acontecer na esfera privada ou doméstico e se torna um evento midiático. Entretanto, os números de óbitos e cesáreas no país atingem números estratosféricos que denunciam o Brasil como o país que apresenta uma epidemia de cesáreas.

Esses dados são apresentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que apontam os planos de saúde brasileiros realizam três vezes mais cesarianas do que a média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), superando Chile, México e Turquia. Para a ANS, o Brasil é o país com maior percentual de partos cirúrgicos. A proporção de partos cesáreos da Saúde Suplementar oscilou de 85,6% a 84,6% nos anos de 2014 e 2015 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2016). O profissional médico obstetra ou pediatra, em decorrência de sua formação intervencionista, obviamente estará mais capacitado no manejo com as mulheres e recém-nascidos que apresentem um alto risco e com as complicações que podem surgir durante a gravidez, o parto e o nascimento, estando mais propenso a intervir com mais frequência (OMS, 1996). Entende-se que o trabalho integrado em equipe multiprofissional, como pedra angular da utilização racional dos recursos humanos disponíveis, incluindo diversos saberes e habilidades, deve se tornar uma prática constante na assistência à saúde.

E, na contramão das práticas intervencionistas acredita-se que a incorporação ativa de outros sujeitos, como enfermeiras obstetras, obstetrizas, educadores perinatais, psicólogos, e doulas, entre outros, na equipe assistencial deve ser promovida, afim de, proporcionar uma assistência integral, de acordo com as necessidades da mulher e de sua família. Desde de a década de 90 o Ministério da Saúde (MS) tem contado com a presença de enfermeiro (a) s no cenário de gestação, parto e nascimento na perspectiva de melhorar a assistência a mulher e reduzir os números de cesáreas no país. Nesta década existiu um grande interesse por parte dos gestores comprometidos em implementar ações que contemplassem o Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro tendo este município como precursor das transformações decorrentes a implantação do PHPN em diversos estados no país (GOMES, 2010). A partir da adesão e inserção da Enfermagem Obstétrica emerge um movimento da população feminina em busca de um atendimento pautado no respeito e no seu protagonismo. Diversos estudos demonstram que os profissionais enfermeiros possuem um papel fundamental nas equipes de Saúde da Família, destacam-se pela habilidade de articularem nos diversos espaços de trabalhos e por serem capazes de atuar como agentes de transformação, pois cotidianamente buscam novas práticas de saúde para contemplar a melhoria da qualidade de vida da população (PAVANATTO; ALVES, 2014).

Para Dias e Domingues (2005) a busca por um modelo menos intervencionista, uma das estratégias foi a hierarquização da assistência quanto ao risco obstétrico. Optaram pelo profissional enfermeiro (a) obstetra como responsável pela atenção ao parto de baixo risco, seguindo o exemplo bem-sucedido de alguns países europeus. Os autores supracitados

justificam que a escolha se deve por identificarem, na formação desta categoria, uma valorização dos aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo. O cuidado desempenhado pelo profissional enfermeiro (a) está pautado na dignidade humana, a humanização durante as realizações dos procedimentos e técnicas junto aos usuários dos serviços de saúde seja da esfera pública ou privada. Um cuidado humanizado exige do profissional um saber/fazer norteado pelos princípios da bioética, à saber: a Autonomia, NãoMaleficência, Beneficência, Justiça e Equidade. Interessante, pensar que o cuidado à saúde reprodutiva da mulher permanece em voga e compondo diversos documentos nacionais e internacionais o que demonstra que o país ainda não conseguiu alcançar as metas onde tem sido signatário. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem idealizado um planeta em que todas as mulheres e recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante toda a gestação, parto e puerpério. Incluso neste ciclo dos cuidados de saúde reprodutiva, os cuidados pré-natais (CPN) constituem um pilar para importantes funções dos cuidados de saúde, incluindo a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção das doenças. É mister que, a implementação oportuna e adequada das práticas baseadas em evidências, os CPN podem salvar vidas (OMS, 2016). Em 2011 através da Portaria Ministerial (PRT) Nº 1.459 que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha (BRASIL, 2011c). Esse documento consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gestação, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Nesse sentido um estudo realizado por Barreto et al. (2013), reforça a essencialidade de buscar estratégias para garantir a qualidade e a efetividade do pré-natal a partir do significado que essas gestantes possuem sobre o serviço.

### **3 MÉTODO**

A pesquisa é considerada como atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É uma atitude e uma prática teórica de constante busca que definindo um processo intrinsecamente inacabado e permanente (MINAYO, 2010). É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados. Para a autora, uma abordagem qualitativa é um meio para explorar e para entender os significados das ações e interações humanas. Trata-se de um estudo de abordagem

qualitativa, descritiva, exploratória a partir de um Relato de Experiência. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis (SEVERINO, 2007). Traçamos como objetivos: a) descrever a atuação do enfermeiro no pré-natal na atenção básica de saúde a partir de um relato de experiência e b) analisar os desafios encontrados na atuação do enfermeiro no pré-natal na atenção básica de saúde à luz das políticas públicas para saúde da mulher.

### **3.1 Tipo de pesquisa**

Segundo Creswell (2010), uma abordagem qualitativa é um meio para explorar e para entender os significados das ações e interações humanas. O Relato de Experiência é um dos tipos de pesquisa qualitativa que vem conquistando crescente aceitação no meio acadêmico. É uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente um fenômeno. Para Schneuwly e Dolz (2010), o Relato de Experiência consistir em perceber como um texto que pertence ao agrupamento dos gêneros da ordem do expor, cujo domínio social da comunicação equivale ao da memorização e documentação das experiências humanas, envolvidas em determinado tempo. E, para Santos (2012) o Relato de Experiência, alude a uma reconstrução de circunstâncias vivenciadas, advindas de diferentes contextos, com grande demarcação do tempo (passado e presente), podendo também suscitar a construção de variados tipos de textos (narrativo, descritivo, argumentativo etc.). Segundo Oliveira (2008 apud MOSCOVICI, 2003) salienta que tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo.

### **3.2 Fonte de dados**

Os dados foram coletados, descritos e organizados num documento *Word*, onde as falas foram organizadas em eixos temáticos. Os dados desse estudo foram obtidos partir da descrição das etapas percorridas pelo autor no cotidiano do enfermeiro (a) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no ano de 2016.

O cenário desse estudo foi no Centro Municipal de Saúde (CMS) localizado no Bairro de Campo Grande, Santa Margarida, Município do Rio de Janeiro, situado na região administrativa da Área de Planejamento (AP) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) ou Cap. 5.2, que compreende o bairro de Campo Grande e adjacentes da região da Zona Oeste do referido município. O CMS é uma unidade mista e atende os programas, à saber: de saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso, comungam das Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que são desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, à saber: médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, técnico de enfermagem, técnicos administrativos. Os dados foram produzidos a partir da descrição do autor em um dia de trabalho na referida Unidade Básica de Saúde (UBS). Vale ressaltar que esta unidade de saúde vivencia a violência urbana e seus infortúnios em decorrência de estar cercada por uma comunidade. Tal fato é corroborado por Souza et al. (2011), acerca da inserção das unidades de saúde em áreas carentes dominadas pelo tráfico de drogas e com alto grau de violência. Onde há uma interferência nas atividades realizadas nas unidades de saúde causando algumas situações de constrangimento tanto para a população quanto para os profissionais que labutam no local. Os dados foram produzidos a partir da descrição do autor em um dia de trabalho na referida UBS.

### **3.3 Caminhando para a análise e interpretação dos dados**

Os dados obtidos neste estudo propiciaram o autor a refletir acerca dos desafios na atuação do enfermeiro no pré-natal na atenção básica de saúde. Os dados foram analisados a partir da técnica de Análise de Conteúdo (AC). Para Bardin (2011) o objetivo principal da Análise de Conteúdo (AC) pode ser sintetizado em manipulação das mensagens, tanto do seu conteúdo quanto da expressão desse conteúdo, para colocar em evidência indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a mesma da mensagem. Segundo o autor supracitado, a técnica de Análise de Conteúdo (AC) pressupõe algumas etapas, definidas como: pré-análise; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

O autor descreveu seu dia-a-dia de trabalho numa Unidade Básica de Saúde (UBS) junto a população feminina gestante num documento de *Word* onde foram relatadas os “fazer” de um enfermeiro (a). Os dados relatados foram organizados em categorias e posteriormente em eixos temáticos para responder os objetivos propostos pelo estudo. A partir

das falas foi possível extrair as Unidades de Significação que ofereceram subsídios para a construção das linhas temáticas que foram analisados: a) O pré-natal: inserção do enfermeiro num espaço de troca de saberes; b) O corre-corre do enfermeiro numa Unidade Básica de Saúde e c) A importância do pré-natal para a usuária do serviço de saúde.

#### 4 RESULTADOS

Das Unidades de Significação emergiram os eixos temáticos que apresentaram níveis de relevância, à saber: a) O Pré-natal: inserção do enfermeiro num espaço de troca de saberes; b) O corre-corre do enfermeiro numa Unidade Básica de Saúde e c) A importância do pré-natal para a usuária do serviço de saúde. Os eixos foram organizados numa tabela para melhor visualização.

**Tabela 1** - O tempo como ferramenta na promoção da qualidade do pré-natal

a)	<b>PRÉ-NATAL: INSERÇÃO DO ENFERMEIRO NUM ESPAÇO DE TROCA DE SABERES</b>
	As vezes na possibilidade de não haver esse profissional disponível coloco um estagiário de ensino médio que além de estar dentro de sala aprendendo a técnica da coleta e o acompanhamento da consulta com todos os seus possíveis enriquecimentos pessoais.
	Geralmente faltam no máximo 01, muito difícil ter falta no pré-natal de primeira vez, mais quando acontece de uma gestante faltar, no mesmo dia eu mesmo tento entrar em contato com ela para saber por que não compareceu à consulta, logo a mesma explicando o acontecido, remarco na maioria das vezes na mesma semana.
	Após os testes rápidos tendo vaga, marcamos o pré-natal na mesma semana. A gestante é acolhida onde é realizada a abertura do cartão do pré-natal, onde devemos anotar todas as informações no início da gestação, até o final.
	Se eu estou fazendo um pré-natal de uma gestante que planejou ou não o seu bebê.
	Se eu estou fazendo um pré-natal de uma gestante que planejou ou não o seu bebê.
	Tenho uma certeza que quanto mais as informações e dúvidas são passadas para essas gestantes, maior empoderamento ela ficará para uma boa repercussão no parto.
	Ao término dos exames realizados na gestante busco estar orientando quanto ao estado de saúde que a mesma se encontra naquele momento.

continuação

**Tabela 1 - O tempo como ferramenta na promoção da qualidade do pré-natal**

	Me coloco até a disposição de atendê-los fora das agendas, até mesmo por conta dos compromissos que alguns Pais têm de manter seus proventos mensais. E quando conheço esse Pai, observando o mesmo disponibilizo até dependendo da abordagem o meu telefone celular pessoal.
	Deixo bem claro pra ela no primeiro momento que a minha participação é pequena, mais será tão importante quanto a dela, que aos meus olhos a participação dela será de 98% e a minha de 2%, tenho plena confiança nelas, pois todas as mulheres que eu acompanho nas consultas de pré-natal tem o meu telefone celular.
<b>b)</b>	<b>O CORRE-CORRE DO ENFERMEIRO NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS)</b>
	A dinâmica do meu dia de trabalho se define de acordo com os profissionais presentes na unidade, para atender as demandas do dia: sala de curativo, acolhimento mãe bebê, imunização, acolhimento (triagem), hipodermia, pediatria, saúde da mulher, clínica médica entre outros setores em que não precisam dimensionar o pessoal de enfermagem, já que o dia em que me encontro na unidade sou supervisor tendo todo essas atribuições a serem organizadas até o funcionamento dos serviços.
	Tenho algumas agendas a serem cumpridas no decorrer do meu dia. A primeira agenda a ser é o grupo de tabagismo.
	Na maioria das vezes tenho que sair para resolver algumas intercorrências no início do dia de trabalho,
	Dou início a outra agenda: preventivo (Papanicolau), onde dependo de uma profissional para realização de preenchimento de formulários específicos e a permanência da mesmo na sala de coleta exames, logo depois da coleta de dados (anamnese). Para essa prática do exame, mais eu enfermeiro da unidade não abro mão disso.
	Dentre uma coleta de preventivo e outra sou interrompido algumas vezes para realização de entrega de resultados laboratoriais dos mesmos, onde as mesmas nas maiorias das vezes não é simplesmente o fato de entregar, mais sim, quando necessário informar, medicar e relatar.
	Finalizando os atendimentos pela manhã, logo tiro meu horário de almoço, retornando às 13:30h.
	Agenda na parte da tarde possui geralmente um quantitativo de 10 gestantes agendadas.
<b>c)</b>	<b>A IMPORTANCIA DO PRÉ-NATAL PARA A USUÁRIA DO SERVIÇO</b>
	A agenda de pré-natal, onde em média dez gestantes estão marcadas. O índice de ausência, geralmente, é de uma usuária nas consultas de primeira vez, fazendo disso a possibilidade de estar falando de alguns assuntos relevantes que empoderam essa mulher, como por exemplos sexualidade, amamentação cuidados com o RN, enfim até mesmo mitos e tabus que envolvam essa temática.

continuação



**Tabela 1** - O tempo como ferramenta na promoção da qualidade do pré-natal

	E nas temáticas discutidas, falamos também da importância da figura paterna com essa gestante, sendo que só abordo esse tema quando já no início da consulta tenho a certeza que essa gestante tem um companheiro presente, deixo transparecer a importância de conhece-lo (PAI), para criar um vínculo importante com esse Pai desde os primeiros dias de consulta do Pré –Natal.
	Há um tempo atrás, quando comecei neste mundo tão diferente da área hospitalar, pude perceber a importância do enfermeiro na atenção básica em especial o pré-natal.
	Percebo a falta de conhecimento do seu estado gravídico, as suas necessidades sociais e intelectuais da população de gestantes moradoras da Zona Oeste do Rio de Janeiro
	Logo que, eu chego no serviço a primeira atividade que tenho conhecimento é da minha “preciosa” agenda. A partir dela sei como será o meu dia de trabalho e como eu irei conduzi-lo.
	É de extrema importância a voz que é dada logo após que são passadas nas consultas, pois algumas, são impossibilitadas de expor as suas ideias, dúvidas e medos.
	No prontuário das mesmas informações para fiquem registrados a história da saúde de cada mulher, onde todos nós profissionais multiprofissionais teremos informações caso necessite.
	Além de que, a maioria das vezes esses “ditos” que para uma consulta de qualidade precisa ser humanizada, pois além de manter uma consulta de ambatório, quero que a minha gestante confie em mim de forma que eu também possa confiar nela para podermos ser cúmplice de projeto da vida dessa mulher.

Fonte: Elaboração do autor, 2017.

conclusão

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Para dar conta deste estudo construímos eixos temáticos a partir da fala do autor. Estabelecemos quatro eixos que foram discutidos à luz das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher durante o ciclo gravídico puerperal.

### 5.1 Pré-natal: inserção do enfermeiro num espaço de troca de saberes

O serviço de pré-natal nas unidades de saúde tem se modificado ao longo do tempo em decorrência das respostas governamentais a população feminina. Desde de a implantação da Programa de Humanização do Pré-Natal, Parto e Nascimento à Rede Cegonha, modificações profundas que melhoraram a assistência à saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal. As mudanças tiveram seu início no serviço de pré-natal e o desdobramento por todos os locais que possam receber as gestantes. Por ser a porta de entrada no serviço de saúde e o emprego de ações sistemáticas têm promovido uma redução da morbimortalidade maternal e fetal (BRASIL, 2000; BRASIL, 2011c).

*“Após os testes rápidos tendo vaga, marcamos o pré-natal na mesma semana. A gestante é acolhida onde é realizada a abertura do cartão do pré-natal, onde devemos anotar todas as informações no início da gestação, até o final”*

A fala do participante aponta uma preocupação que o início precoce do pré-natal aconteça o mais rápido possível. Para a OMS (2016) os cuidados pré-natais prestados por profissionais de saúde habilitados podem ser oferecidos como uma alternativa aos cuidados pré-natais individuais prestados às mulheres grávidas, no contexto de uma investigação rigorosa, conforme as preferências das mulheres e desde que estejam disponíveis infraestruturas e recursos para a prestação de cuidados pré-natais de grupo. Num estudo realizado por Cunha et. al. (2009), que ao esclarecer as usuárias sobre a importância e o motivo das consultas e sobre a indicação dos exames laboratoriais solicitados, os enfermeiros

têm contribuído para o fortalecimento de uma relação de confiança e proximidade da gestante com o serviço e melhoria da qualidade da assistência no atendimento pré-natal.

*“Nas primeiras consultas já deixo claro para usuária, que um bom pré-natal não depende apenas do profissional e da UBS e sim do comprometimento da gestante”*

Trazer a gestante a compreensão de que ela é corresponsável pela sua saúde e de seu filho é condição *sine quo non* para que o processo aconteça em via de mão dupla. Por um lado, os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) com a oferta de saúde e do outro o usuário na busca pelo serviço de saúde. O que se percebe ao longo do tempo, é que para a população de maneira geral não se vê responsável pela sua própria saúde ou sobre o processo saúde-doença. Transferindo para o serviço de saúde a responsabilidade para a esfera pública que é transformada nos gastos públicos. O Ministério da Saúde (MS) tem desenvolvido ações programáticas, que enfocam a promoção da saúde e a prevenção de Doenças e agravos não transmissíveis (DANT) no Brasil. Dentre elas, à saber: a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Pactos pela Saúde e pela Vida, em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de Gestão (PS), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (CÂMARA et al., 2012).

*“Tenho uma certeza que quanto mais as informações e dúvidas são passadas para essas gestantes, maior empoderamento ela ficará para uma boa repercussão no parto”*

Acredita-se que ao promover o empoderamento à população de gestantes tem sido uma ferramenta fundamental que deve ser utilizada pelos profissionais enfermeiro (a) s que atuam junto a esse grupo populacional. A ideia de gerar empoderamento no outro vai de encontro a proposta de Freire (2011) que acreditava que através da educação seria possível gerar “poder” no indivíduo. E este “poder” confere ao indivíduo a capacidade de questionamento e compreensão da “ser e estar” no mundo.

*“Ao término dos exames realizados na gestante busco estar orientando quanto ao estado de saúde que a mesma se encontra naquele momento”*

O vínculo deve ser estabelecido a partir do primeiro contato desta gestante com o profissional de enfermeiro (a). E, o primeiro encontro entre usuária/profissional, geralmente, acontece na consulta de pré-natal. Torna-se imprescindível a qualificação da atenção à gestante, a fim de garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de forma claramente informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a atende (BRASIL, 2017). E, infelizmente, essa não tem sido uma prática comum entre os profissionais. Esta máxima é tão verdadeira que no Relatório Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (BRASIL,2017), traz dentre as recomendações sobre as formas de comunicação com a mulher os profissionais devem cumprimentar a mulher com um sorriso e uma boa acolhida, se apresentar e explicar qual o seu papel...” Isto demonstra que de fato as mulheres não acolhidas.

*“Me coloco até a disposição de atendê-los fora das agendas, até mesmo por conta dos compromissos que alguns pais têm de manter seus proventos mensais. E quando conheço esse pai, observando o mesmo disponibilizo até dependendo da abordagem o meu telefone celular pessoal”*

Cunha et al. (2009), salientam que o trabalho das enfermeiras como agentes propulsores das ações interativas e integrativas na relação com os diferentes grupos da comunidade. Permite-se, assim, caracterizá-las como articuladoras do trabalho multiprofissional ao intervirem nas várias dimensões da saúde e do adoecimento dos indivíduos, família e grupo, no contexto socioambiental comunitário.

## 5.2 O corre-corre do enfermeiro numa Unidade Básica de Saúde (UBS)

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade. A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atuam as ESF pode ser o antigo Centro de Saúde reestruturado ou a antiga Unidade Mista, desde que trabalhando dentro de uma nova lógica com o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2008). A equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (BRASIL, 2007).

*“A dinâmica do meu dia de trabalho se define de acordo com os profissionais presentes na unidade, para atender as demandas do dia: sala de curativo, acolhimento mãe bebê, imunização, acolhimento (triagem), hipodermia, pediatria, saúde da mulher, clínica médica entre outros setores em que não precisam dimensionar o pessoal de enfermagem, já que o dia em que me encontro na unidade sou supervisor tendo todo essas atribuições a serem organizadas até o funcionamento dos serviços. Na maioria das vezes tenho que sair para resolver algumas intercorrências no início do dia de trabalho”*

As atribuições específicas dos profissionais das equipes de Saúde da Família poderão constar de normatização complementar do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas. Além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, são características do processo de trabalho da saúde da Família (BRASIL, 2008).

*“Tenho algumas agendas a serem cumpridas no decorrer do meu dia. A primeira agenda a ser é o grupo de tabagismo”*

A consulta do enfermeiro a gestante era sempre realizada com agendamento prévio na unidade de saúde, possibilitando um intervalo de tempo suficiente para o adequado acolhimento, realização do exame físico e fortalecimento do vínculo entre profissional e usuária (SOUSA et. al., 2012). Entretanto, o aumento da demanda tem reduzido o tempo necessário para uma assistência humanizada e que atenda às necessidades da gestante e família, bem como ao profissional que precisa de tempo para desempenhar as suas atribuições.

*“Dou início a outra agenda: preventivo (Papanicolau), onde dependo de uma profissional para realização de preenchimento de formulários específicos e a permanência da mesmo na sala de coleta exames, logo depois da coleta de dados (anamnese). Para essa prática do exame, mais eu enfermeiro da unidade não abro mão disso”*

Tendo em vista que a ESF trabalha com uma população delimitada (até quatro mil pessoas) e considerando a premissa da interdisciplinaridade, a utilização dos espaços físicos deve ser pensada de uma nova forma, superando, na organização do processo de seu trabalho, a lógica de espaços exclusivos e permitindo a utilização dos mesmos de forma compartilhada, entre diferentes profissionais e atividades (BRASIL, 2008). A população a cada dia tem procurado os serviços de saúde pública em decorrência da grave crise econômica que tem assolado o país. O desemprego tem contribuído com o aumento da demanda dos novos usuários do serviço de saúde. Há um percentual da população que outrora era atendida pela rede privada de saúde e que frente ao desemprego perderam o benefício tendo que recorrer ao SUS. Por isso, há um aumento na procura pelo serviço de saúde a começar pelo cadastro dos usuários nas Clínicas da Família que estão localizadas o mais próximo da residência.

*“Dentre uma coleta de preventivo e outra sou interrompido algumas vezes para realização de entrega de resultados laboratoriais dos mesmos, onde as mesmas nas maiorias das vezes não é simplesmente o fato de entregar, mais sim, quando necessário informar, medicar e relatar.*

*Agenda na parte da tarde possui geralmente um quantitativo de 10 gestantes agendadas”*

Na primeira consulta de pré-natal é fornecido o cartão da gestante, onde será registrado todo o acompanhamento do atendimento mensal no posto de saúde, ou seja, o cálculo da idade gestacional, peso, aferição de pressão arterial, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais, vacinação, edemas. Por medida de segurança todas essas anotações são realizadas também no prontuário da gestante na unidade (SOUSA et. al. 2012). *“No prontuário das mesmas informações para fiquem registrados a história da saúde de cada mulher, onde todos nós profissionais multiprofissionais teremos informações caso necessite”*

A dinâmica pertinente a consulta de pré-natal requer do profissional enfermeiro (a) uma atenção nas informações resultantes dos exames laboratoriais ou das falas das gestantes. Compilar os dados no cartão do SisPreNatal e no prontuário da gestante é de suma importância para o governo uma vez que os dados que recebem o tratamento correto retornam para a sociedade através das políticas públicas. Percebe-se atualmente algumas lacunas quanto ao preenchimento deste documento pelos profissionais da atenção básica. E quando esta gestante chega ao local de parturição se identifica as ausências de informações ou são inconsistentes.

### **5.3 A importância do pré-natal para a usuária do serviço**

O pré-natal nos últimos anos tem ganhado muito espaço na saúde pública, principalmente na atenção básica. Sabe-se como o pré-natal é importante e que quando bem realizado pode trazer resultados benéficos ao trabalho de parto e puerpério (CARRARA; OLIVEIRA, 2013). E o local onde as consultas e ações acontecem têm sido na Saúde da Família tem se configurado como a principal estratégia impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde básica no âmbito do SUS. Para Oliveira (2008), entre as novas propostas, a Estratégia Saúde da Família (ESF), articulada com o acolhimento e outras medidas, têm se mostrado com grande potencialidade na construção da qualidade das ações programáticas e da promoção da saúde.

*“A agenda de pré-natal, onde em média dez gestantes estão marcadas. O índice de ausência, geralmente, é de uma usuária nas consultas de primeira vez.*

*Fazendo disso a possibilidade de estar falando de alguns assuntos relevantes que empoderam essa mulher, como por exemplos sexualidade, amamentação cuidados com o RN, enfim até mesmo mitos e tabus que envolvam essa temática”*

Percebe-se a sensibilização das gestantes na importância do serviço de pré-natal. Os profissionais que atual neste espaço deve acolher a gestante e sua família de forma que as atividades realizadas possam motivá-los e assim retornarem para as consultas subsequentes. Um atendimento impessoal, mecânico e inóspito demonstra ao usuário que presença dele não é importante. Acredita-se que este seja um nó no serviço de saúde. Encontramos servidores que não acreditam nas políticas públicas e transformam o SUS que traz uma proposta impar em estruturas de saúde que em alguns momentos não atendem como deveria a população do país.

*“E nas temáticas discutidas, falamos também da importância da figura paterna com essa gestante, sendo que só abordo esse tema quando já no início da consulta tenho a certeza que essa gestante tem um companheiro presente, deixo transparecer a importância de conhece-lo (PAI), para criar um vínculo importante com esse Pai desde os primeiros dias de consulta do Pré-natal”*

Uma paternidade responsável e compartilhada tem sido a bandeira empunhada pelo SUS. Diversas propostas buscam estimular a participação efetiva da figura paterna durante o ciclo gravídico puerperal. Em virtude de todo o processo histórico na construção de uma sociedade patriarcal contribuiu para o distanciamento do pai neste processo de gestação e parto. Para Ferreira et. al. (2014), a participação da figura do pai no serviço de pré-natal tornase cada vez mais comum. A sua presença deve ser estimulada durante as atividades de consulta de grupo e devem preparar o casal para a hora do parto. Há de se pensar, nas estratégias que possam facilitar a presença do pai durante as consultas, entendendo, que para muitos o trabalho dificulta a ausência para acompanhar a gestante o que para alguns pais evitam de se ausentarem do trabalho para não correr o risco de uma possível demissão. Apesar de diversas legislações que garantam ao pai a sua participação durante a gestação, parto e nascimento o medo de perder a labuta faz com que se distancie do serviço de saúde e consequentemente deste momento.



*“Percebo a falta de conhecimento do seu estado gravídico, as suas necessidades sociais e intelectuais da população de gestantes moradoras da Zona Oeste do Rio de Janeiro*

*É de extrema importância a voz que é dada logo após que são passadas nas consultas, pois algumas, são impossibilitadas de expor as suas ideias, dúvidas e medos”*

A escolaridade da população feminina melhorou quando comparada a população masculina do país. Entretanto, nas classes desfavorecidas a baixa escolaridade ainda tem sido uma meta difícil de ser alcançada. Num estudo realizado por Martins et al. (2015), quanto ao perfil econômico, a maioria das gestantes atendidas são de baixa renda. A pouca escolaridade é um fator que classifica a gestante como de risco por dificultar a compreensão da gestante no período gestacional. A taxa de analfabetismo reduziu-se significativamente nos últimos anos, entretanto ainda há um número elevado de gestantes com baixa escolaridade.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi possível descrever a atuação do enfermeiro no serviço de pré-natal e seus desafios. No cenário de pré-natal diversas são as atividades sob a responsabilidade do profissional enfermeiro (a) que estão atualmente na gestão das Unidade Básica de Saúde quase a totalidade dos municípios do país. Há um ganho secundário se pensarmos que noutros tempos apenas a figura do profissional médico é que ocupava o cargo de gestor. Por outro lado, esse ganho se transforma em servidão a partir do momento em que a remuneração e a escassez de tempo se faz presente no dia-a-dia numa unidade básica de saúde.

As instituições internacionais e nacionais têm confiado no profissional enfermeiro (a) para que as mudanças necessárias no cenário de atenção à saúde da mulher possam ser efetivas por entender que todo o processo de parturição foi medicalização da gestação, parto e nascimento. Muito em decorrência dos números significativos de mortes maternas e fetais, bem como, a epidemia de cesárea. O estudo possibilitou descrever o saber/fazer do enfermeiro (a) e todo o “malabarismo” para que a assistência e o cuidado a gestante e sua família seja significativa e gere empoderamento.

É fato, que o país tem oferecido uma gama de ações na busca de uma melhoria nos serviços de saúde. Entretanto, o estudo apontou que o profissional em alguns momentos se torna mecânico em virtude da demanda oriunda das metas pactuadas pelas secretarias municipais de saúde junto ao Ministério da Saúde. Os desafios percebidos estão mais voltados para o pouco envolvimento dos profissionais de saúde ali inseridos. Sem deixar de levar em conta a terceirização da atenção básica que tem ocorrido no Município do Rio de Janeiro. Certamente, os profissionais atuam para dar conta das metas, afim de que as Organização Social de Saúde (OSS) possam receber os valores acordados por alcançarem as metas.

Outro fato diz respeito ao serviço de pré-natal como um espaço fundamental para que as ações de saúde e educação em saúde possam promover uma gestação saudável para a mãe e seu conceito. A busca pela melhoria na assistência pré-natal visa minimizar os danos a partir da oferta de um rol de exames preconizados desde de o primeiro trimestre de gestação. Ao final percebe-se que a terceirização tem cristalizado atitudes não humanizadas e que perpassam pelos profissionais que atuam neste cenário. Este estudo não se finda acredita-se de seja necessário de outros estudos que tragam à baila a atuação do enfermeiro nas unidades básicas de saúde, e até que ponto não seria uma manobra em utilizar uma mão de obra mais barata.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Mapa assistencial da saúde suplementar 2016**. Rio de Janeiro: ANS, 2017.

BARBOSA, M. A. C. et al. Mulheres e patriarcado: dependência e submissão nas casas de farinha do Agreste Alagoano. In: ENCONTRO DA ANPAD, 35., 2011, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 2011. Disponível em: < <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EOR1463.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARRETO, C. N. et al. Atenção pré-natal na voz das gestantes. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, v.7, n.5, p.4354-4363, 2013.

BASSO, C. G.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. **Texto Cont. Enferm.**, v.21, n.2, p.269-276, 2012.

BEAUVOIR, S. de. **The second sex**. New York: Knopf, 1953.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055- 18059.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n.43).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série E. Legislação de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. 3. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2011c; Seção 1, p.109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos HumanizaSUS; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**: relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRITTO, M. A. F. **A influência de movimentos de mulheres nas políticas públicas para a saúde da mulher no Brasil**, 1984. 125f. Dissertação. (Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional). Centro Avançado de Estudos Multidisciplinares, Universidade de Brasília. Brasília, 2014.

CÂMARA, A. M. C. S. et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v.36, n.1 supl. 1, p.40–50, 2012.

CARRARA, G. L. R.; OLIVEIRA, J. P. Atuação do enfermeiro na educação em saúde durante o pré-natal: uma revisão bibliográfica. **Rev. Fafibe On-Line**, v.6, n.6, p. 96–109, 2013.

COSTA, G. D. da et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Cienc. Saude Colet.**, v.14, n.1, p.1347-1357, 2009.

COSTA, M. M. M.; MAZZARDO, L. F. Políticas públicas de inclusão social: provendo as bases da igualdade de gênero e empoderamento das mulheres. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 11: MOSTRA DE TRABALHOS JURÍDICOS CIENTÍFICOS, 7., 2014. Santa Cruz do Sul, RS. **Anais...** Santa Cruz do Sul: Programa de Pós-Graduação em Direito, 2014. Disponível em: <<https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/viewFile/11806/1525>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery**, v.13, n.1, p.145-153, 2009.

CRESWELL, J. W. Seleção de um projeto de pesquisa. In: CRESWELL, J. W. (Org.). **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e mistos**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed. 2010. p. 26; 177-205.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Acesso e utilização de serviços de pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.16, n.4, p.953-965, 2013.

DORNELAS NETO, J. et al. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.20, n.12, p.3853-3864, 2015.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no programa de saúde da família em Marília/SP. **Rev. Esc. Enferm.**, v.40, n.4, p.533-539, 2006.

FERREIRA, T. N. et al. A importância da participação paterna durante o pré-natal percepção da gestante e do pai no município de Cáceres. **Rev. Eletr. Gestão Saúde**, v.5, n.2, p.337-345, 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. **Proporção (%) de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, por ano, segundo região e escolaridade da mãe**. Rio de Janeiro: CEPI-DSS/ENSP/FIOCRUZ, 2012. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Ind030204-20120130.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - UNFPA. O estado da obstetrícia no mundo: resumo, 2014. Disponível em: <<https://www.radardaprimeirainfancia.org.br/oestado-da-obstetricia-mundo-2014-um-caminho-universal-o-direito-da-mulher-saude/>>. Acesso em: 24 nov. 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GIFFIN, K. M. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. **Cad. Saúde Pública**, v.7, n.2, p.190–200, 1991.

GOMES, M. L. **Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, A. F. de; MELO, A. M. A. A.; FERREIRA, M. A. Pré-natal: um desafio para as gestantes acompanhadas nas unidades de saúde da família no município de Serra Talhada – PE. **Saúde Col. Deb.**, v.2, n.1, p.31-40, 2012. Disponível em: <<http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo08.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

MACIEL, I. C. F.; ARAUJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v.11, n.2, p.207-214, 2003.

MARTINS, Q. P. M. et al. Conhecimentos de gestantes no pré-natal: evidências para o cuidado de enfermagem. **SANARE**, v.14, n.2, p.65-71, 2015.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOSCOVICI S. **Les méthodes des sciences humaines**. Paris (Fr): Editora Presses Universitaires de France, 2003.

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. Nurses' practices at health basic units in a city in the south of Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16, n.5, p.889-894, 2008.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, v.16, n.4, p.569-576, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Materna e Neonatal. **Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Genebra (SUI): OMS: WHO, 2016.

PAVANATTO, A.; ALVES, L. M. S. Programa de humanização no pré natal e nascimento: indicadores e práticas das enfermeiras. **Rev. Enferm. UFSM**, v.4, n.4, p.761-770, 2014.

PITANGUY, J.; BARSTED, L. L. (Org.). **O progresso das mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011.

RIBEIRO, P. S. O papel da mulher na sociedade. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/sociologia/o-papel-mulher-na-sociedade.htm>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

SANTOS, S. M. R. et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.1, p.124-130, 2008.

SANTOS, S. A. **O universo da escrita nas práticas pedagógicas**: professoras construindo portfólios e narrando suas experiências. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2012.

SEVERINO, A. J. Teoria e prática científica. In: SEVERINO, A. J. (Org.). **Metodologia do trabalho científico**. 23.ed. São Paulo: Cortez. 2007. p. 118-123

SOUSA, A. J. C. Q.; MENDONÇA, A. E. O.; TORRES, G. V. Atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco em uma unidade básica de saúde. **Carpe Diem: Rev. Cultura Científica UNIFACEX**, v.10, n.10, p.1-15, 2012.

SOUZA, F. M.. et al. A violência urbana e suas consequências em um centro de atenção psicossocial na zona norte do município do Rio de Janeiro. **Saude Soc.**, v.20, n.2, p.363-376, 2011.

SCHNEUWLY, B.; DOLZ, J. **Gêneros orais e escritos na escola**. 2. ed. Campinas: Mercado de Letras, 2010.

TAVARES, A. S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. Do programa de assistência integral à saúde da mulher à política nacional de atenção integral à saúde da mulher: breve histórico. **Informe-se Prom. Saúde**, v.5, n.2, p.30-32, 2009.

VIELLAS, E. F et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saude Publica.**, v.30, n.supl.1, p.S85-100, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016)>. Acesso em: 24 nov. 2015.



ZAMPIERI, M. F. M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.10, n.3, p.359367, 2010.

## ANEXO 1



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO DE JANEIRO**

**MATERNIDADE-ESCOLA DA UFRJ**

Divisão de Ensino, pesquisa e extensão

**TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE DADOS**

**Título da Pesquisa:** Os desafios na atuação do enfermeiro no pré-natal na Atenção Básica de Saúde: um relato de experiência.

**Pesquisador (a) responsável:** Claudia Rosane Guedes

**Grupo CONEP:** ( ) I ( ) II ( ) III

Eu, pesquisador (a) responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução n 466/12 do Conselho Nacional de saúde / Ministério da Saúde**, e em suas complementares (**Resoluções 240/97, 251/97, 303/00 e 304/00 do CNS / MS**), e assumo neste termo os compromissos de:

- 1 – Ao utilizar dados e informações coletadas, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos;
- 2 – Destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do **Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro**.
- 3 – Quando da divulgação e/ou publicação da pesquisa, fazer referência à Maternidade Escola, (que deverá ser grafada nos seguintes termos: **Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro**) em todas as formas de divulgação (teses, dissertações, artigos, livros, resumos de trabalhos apresentados em reuniões e eventos) e qualquer outra publicação ou forma de divulgação de atividades que resultem, total ou parcialmente, do auxílio da Maternidade Escola.
- 4 – As Unidades Acadêmicas dos pesquisadores envolvidos na pesquisa também deverão ser citadas, sem abreviações.

Rio de Janeiro, 30 de novembro de 2016.

Pesquisador (a) responsável  
Assinatura